

# Sykehustalen 2017

Publisert under: Regjeringen Solberg

Utgiver: Helse- og omsorgsdepartementet

Tale/innlegg | Dato: 10.01.2017 | [Helse- og omsorgsdepartementet](#)

Av: [Helse- og omsorgsminister Bent Høie](#)

Godt nytt år!

La meg begynne med å takke alle medarbeidere og ledere i helse- og omsorgstjenesten.

Dere gjør en svært viktig og god jobb – natt og dag, helg og hverdag – i helsetjenesten over hele landet.

Og dere gjør en viktig innsats i et samfunn i rask utvikling – og i en sektor med stadig større muligheter, men også økende behov og forventninger i befolkningen.

Medisinsk teknologi, forskning og innovasjon øker endringstakten, men gir også nye løsninger på utfordringene vi står overfor.

Sykehusene våre er blant de største og mest kompliserte virksomhetene vi har:

Oslo universitetssykehus er på størrelse med Statoil.

St. Olavs hospital og Helse Bergen er på størrelse med Yara og Hydro.

Og mange av våre mindre sykehus er den største arbeidsgiveren og arbeidsplassen i sitt område.

Så det betyr at sykehusene påvirker hele samfunnet rundt seg, men blir også sterkt påvirket av utviklingen i Norge.

Norge har gått fra særstilling til omstilling.

Nye arbeidsplasser skal erstatte tapte arbeidsplasser i oljevirkosomheten, men det er lite trolig at de blir like lønnsomme.

Det må vi erkjenne.

Utviklingen har konsekvenser for alle samfunnssektorer. Prioriteringene blir tydeligere, og endringene skjer raskere.

Mange risikerer at jobben deres forsvinner, og at kompetansen deres går ut på dato.

Det er dramatisk.

Digitalisering gjør manuelt arbeid og rutinearbeid mer overflødig.

Omskolering og hyppigere skifte av arbeidsted blir resultatet for den enkelte.

Også helsetjenesten gjennomgår krevende endringer.

Men – i motsetning til andre områder i samfunnet – opplever helsesektoren vekst i aktivitet og flere ansatte. Og kjernekompetansen til helsepersonellet går ikke ut på dato.

Både den teknologiske utviklingen og den medisinske er på vår side.

Vi har et godt utgangspunkt for å tilby pasienter mer effektiv og tryggere behandling.

Og vi ligger godt an med å skape en innovativ helsenæring og verdensledende forskningsmiljøer.

Jeg mener at den dramatiske utviklingen i andre sektorer setter helsetjenestens endringsbehov i perspektiv.

Helsepersonell må kanskje jobbe et annet sted og på andre måter. Og de må jobbe i team, sammen med fagfolk med annen kompetanse enn vi tradisjonelt er vant til.

Men hele tiden med trygghet om at faget og profesjonene er kjernekompetansen i tjenesten.

Den kompetansen kan ikke erstattes.

Ungdommene våre har allerede forstått dette. Sykepleierutdanningen er nå blant de mest populære studiene.

Men tjenesten er ikke til for profesjonene.

Den er til for pasientene.

Den overordnede visjonen for alt endringsarbeidet vi er inne i, er derfor å skape pasientens helsetjeneste.

Der pasienten er en likeverdig partner, og der ingen beslutninger tas om meg – uten meg.

Det er bra for pasientens opplevelse, men det er også bra for pasientens overlevelse.

Vi bygger pasientens helsetjeneste.

Det skjer mye positivt.

Men det er fortsatt langt igjen.

**I fjor var det spesielt to saker** som satte pasientens helsetjeneste i et skarpt lys.

Den ene saken handler om VGs gjennomgang av tvangsbruk i psykisk helsevern.

Journalistene avdekket at tvang brukes for mye, på feil grunnlag og ofte basert på lovstridige vedtak.

De har vist at helsetjenesten ikke klarer å rapportere, lede eller skape en kultur for at tvang skal være siste utvei.

Den andre saken handler om tenåringsjenta Ida. Hun opplevde overdreven og feil bruk av tvang over flere år – mens hun ble flyttet mellom fosterhjem og institusjoner i tre fylker.

Ingen spurte Ida om hva som gjorde så vondt i livet hennes.

Hun ble ikke lyttet til.

Hun ble ikke forstått.

I stedet for omsorg og forståelse brukte tjenestene tvang og flytting.

Tilsynsmyndighetene hadde hørt om Ida. De hadde sett protokoller over tvangsbruken, og de hadde vurdert at vedtakene var i tråd med loven.

Stavanger Aftenblad brukte 64 sider på Idas fortelling om hvordan barnevern og psykisk helsevern sviktet i flere ledd.

Da skjedde det noe: Fylkesmennene i Hordaland, Rogaland og Troms forstod at de ikke hadde gjort jobben sin godt nok.

De bestemte seg for å se på Idas sak på nytt, og da på en helt ny måte – de så saken med Idas øyne.

Helga Arianson, som er fylkeslege i Hordaland, ledet arbeidet med rapporten.

Hun tok kontakt med Ida på SMS og via Facebook. På den måten fikk hun viktig informasjon direkte fra henne.

Hun spurte Ida: Hva er viktig for deg? Og hun fikk ærlige og gode svar.

Slik ble dette en annerledes tilsynsrapport – sett fra Idas ståsted.

Helga Arianson har fortalt at arbeidet med tilsynsrapporten forandret henne. Hun måtte gi slipp på sannheter hun forfektet og metoder hun trodde på.

Hun sa: «Vi kan ikke fortsette som før. Vi må ta brukerperspektivet inn i sakene».

Arianson har helt rett!

Vi kan ikke fortsette som før.

Vi må forandre oss. Vi må se hele mennesket.

Ta et skritt tilbake og spørre pasienten: «Hva er viktig for deg?»

Først da er vi i posisjon til å forandre helse- og omsorgstjenesten.

Da er vi i posisjon til å bygge pasientens helsetjeneste.

VG og Stavanger Aftenblad har gjort et viktig journalistisk arbeid.

De har vist eksempler på hva pasientens helsetjeneste ikke skal være.

De har pekt på:

- Manglende åpenhet
- Manglende melderutiner
- Manglende systemer for rapportering
- Og, ikke minst, manglende ledelse

La meg fremheve: Det skjer mye bra i psykisk helsevern for å redusere tvangsbruk:

Psykisk helsevern for barn og unge i Nord-Trøndelag er nå blant stedene som bruker minst tvang.

I Nordfjord har de også kommet langt. Spesialisthelsetjenesten og kommunene samarbeider tett.

- de jobber systematisk med holdninger,
- de lytter til pasientene,

- de tenker lagarbeid og finner alternativer til tvang

Og de lykkes!

Ved Åsgård sykehus i Tromsø har de tatt kritikken som kom fram i Sivilombudsmannens rapport, på alvor.

- Tre personer fra Sivilombudsmannen – uten helsefaglig bakgrunn – observerte det som skjedde natt og dag i tre døgn.
- De fikk med seg mange detaljer som et tradisjonelt tilsyn ikke ville registrert.

Før jul møtte jeg pasienter, medarbeidere og ledere ved Psykiatrisk klinikk ved Lovisenberg Diakonale sykehus i Oslo.

Der har de klart å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler med over 80 prosent siden 2012.

De etablerte et prosjekt – og jobbet systematisk med kvalitetssikring av tvangsbruken.

Pasienten fra Lovisenberg sa til meg: Når du blir lagt i belter for 70. gang, og det fortsatt ikke virker – da må de jo skjønne at de må tenke nytt!

Lederen ved klinikken sa: Vi tok initiativ til å tenke nytt. Sammen med pasienter og ansatte fant vi fram til gode alternativer. Men da vi fjernet beltene, måtte vi også tenke nytt om de ansattes sikkerhet.

Medarbeideren sa: Vi ble involvert hele veien – og ledelsen tok vår sikkerhet på alvor. Det var viktig for å lykkes.

Lovisenberg oppsummerer slik: Vi har de samme pasientene som før. Det er vi som jobber her, som har endret oss og måten vi jobber på. Det handler om hvordan vi møter pasienten.

På Lovisenberg tok de et skritt tilbake, og fikk oversikt over hele bildet.

Sammen har de bygd en kultur for endring, de har fulgt opp med strukturer og rutiner, og de erfarer at endringene virker over tid; tvangstallene holder seg nede.

Jeg har vært tydelig i tvangsdebatten de siste månedene. Jeg forstår at ansatte som gjør sitt ytterste for å hjelpe mennesker i krise, mener at kritikken oppleves som urettferdig.

Men jeg vil understreke at feil tvangsbruk er ikke noe den enkelte behandler skal ta ansvar for alene.

Ansvaret for å endre på forholdene og kulturen hviler på oss som er ledere i helsetjenesten.

- **På meg som øverste ansvarlig for helsetjenesten**
- **På lederne i helseregionene**
- **Og på lederne ved sykehusene og ved hver enkelt klinikk**

**Vi må se det i øynene:** Verken nasjonale planer eller strategier, lover eller opptrappingsplaner har hjulpet på den høye tvangsbruken.

Vi må tåle kritikken.

Vi har ikke noe valg.

Det nytter ikke å fortsette som før.

Vi må tenke nytt og jobbe på en annen måte.

Til det trenger jeg deres hjelp.

God ledelse er én nøkkel til å bli bedre – det kommer jeg tilbake til.

Og pasientens stemme er en annen.

Begge stemmene er like viktige.

Som erfaringskonsulent Astrid Weber (UNN) sier:

«Jeg ser for meg ei bru. Noen ganger står jeg med en fot på hver kant. Det er uhorvelig frustrerende i lengden, ikke minst når tålmodighetsmuskelen begynner å få alvorlig slitasje. For framtida ønsker jeg meg et sterkt fundament som inviterer alle til å ta steget opp på brua – og møtes i forståelse: I terapeutisk arbeid, i fag og i beslutninger fra styrende part.»

Hun sier det bra, og jeg er helt enig med henne!

**Dagen i dag er en viktig dag.** Helseregionene skal få oppdragsdokumentet med mål og krav, og styrene skal få krav og rammer for 2017.

I fjor presenterte jeg tre overordnede styringsmål for pasientens helsetjeneste.

Jeg håper at alle har hatt den lille folderen i lomma, og husker at det står:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Årets folder har de samme hovedmålene som i fjor. Det er gode grunner til det!

Klare og tydelige mål virker. Men de må få virke over tid.

For det tar tid å fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten.

**Det første målet** er å redusere unødvendig venting og variasjon

2016 er historisk!

For første gang er den nasjonale gjennomsnittlige ventetiden under det gamle målet på 65 dager.

Ja, faktisk ser resultatet ut til å bli 61 dager.

En stor takk til alle medarbeidere og ledere som har bidratt til at vi for første gang når dette målet – og så ettertrykkelig!

- I fjor høst var det 80 000 færre som ventet, enn det var høsten 2013
- Og pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling venter 11 dager kortere enn i 2015.
- Andel fristbrudd har gått ned med 2,9 prosentpoeng siden 2015, og er nede i 1,4 prosent (2. tertial 2016).

Dette er tall og trender til å glede seg over!

Vi vil at den positive trenden for nedadgående ventetider fortsetter i 2017.

Derfor kommer det et nytt mål for 2017:

Årets forventning er at alle helseregioner skal redusere ventetidene sine sammenliknet med 2016, og at ventetiden i alle helseregionene skal være under 60 dager i snitt.

Dermed har alle noe å strekke seg etter – også i 2017!

Unødvendig venting kan også oppstå i et pasientforløp. Derfor vil regjeringen ikke bare redusere ventetidene til sykehusene, men også i sykehusene.

Når vi blir eldre, og flere av oss får kroniske sykdommer, så vil mange være inne i kontinuerlige behandlings- og oppfølgingsløp i sykehusene.

Da er det viktig at sykehusene holder avtalene som er gjort – enten det er til undersøkelse, behandling eller kontroll.

I 2015 startet vi derfor arbeidet med å utvikle en egen indikator for å måle dette.

Nå vil vi måle sykehusene tertialvis og se om de holder avtalene med pasientene, og er flinke til å planlegge aktiviteten.

Pakkeforløpene er et godt eksempel på pasientens helsetjeneste i praksis.

I løpet av 2015 innførte vi hele 28 pakkeforløp for kreft.

De er en suksess for pasientene, og de bidrar til å få ned ventetidene.

På landsbasis har vi nådd målet om at 70 prosent av nye kreftpasienter skal være i et pakkeforløp. Det ligger stor innsats bak!

Dette målet ligger fast for alle helseregionene også i 2017.

Men vi må jobbe mer med forløpstidene, slik at flere pasienter kan gjennomføre forløpet til standard tid.

For selv om disse resultatene er gode, så er de ikke gode nok. Det er for stor variasjon – både mellom sykehus og mellom ulike kreftbehandlinger.

Jeg mener at avtalespesialistenes innsats er viktig for å få ned ventetidene ytterligere. De utfører 25 prosent av all poliklinisk behandling, og de kan brukes enda mer.

Jeg vil at avtalespesialistene skal inkluderes tettere i den offentlige helsetjenesten.

Dette arbeidet ble satt i gang i 2013, og vi har fått et godt rammeverk for samarbeidet mellom sykehus og avtalespesialister.

Nå er det på tide å øke kapasiteten i denne delen av helsetjenesten.

Derfor ber jeg helseregionene om å inngå flere driftsavtaler slik at antall årsverk i hver region i 2017 er vesentlig høyere enn i 2016.

For å klare dette målet, må vi raskt iverksette de regionale planene for avtalespesialistene.



I november inviterte statsministeren og jeg til toppmøte om variasjon i helsetjenesten.

Bakgrunnen var at det fortsatt er for stor variasjon i tilgjengelighet og forbruk av helsetjenester.

Derfor spurte vi 70 fagfolk og brukere fra hele landet om hvorfor tilbudet varierer så mye, og hva som kan gjøres for å redusere variasjon.

Engasjement var upåklagelig, og vi fikk mange gode innspill.

Det var særlig to meldinger jeg merket meg i oppsummeringen.

Det var:

- En ville ha tydelig ledelse og styring i kvalitetsarbeidet
- og tydelige krav til kvalitet – både i kommunen og ved sykehusene

Disse meldingene vil dere finne igjen i årets oppdrag!

I fjor var første gangen jeg ba sykehusene om å redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse.

Dette høres teknisk ut, men det handler om pasientene.

Ingen pasienter ønsker å vente lenger enn nødvendig på helsehjelp.

Når de først kommer til sykehuset, vil de ha rask vurdering, og få den behandlingen som er best for dem.

Noen sykehus lykkes bedre med dette enn andre:

- Pasienter som får satt inn hoftelddsprotese i Tromsø, er på sykehuset i 6 dager i snitt, mens pasienter som får samme behandling ved St. Olavs, kan dra hjem etter drøyt 3 dager.
- I Telemark er liggetiden 5 dager etter proteseoperasjon i kne eller ankel, mens pasienter som blir operert for det samme i Østfold, kan dra hjem etter 3 dager.
- I Vestre Viken må de fleste av barna som får fjernet mandlene, ligge på sykehuset over natten, mens de fleste som opereres i Østfold, kan dra hjem samme dag.

Disse eksemplene viser at det er store variasjoner i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene.

Men de viser også at det er mulig å behandle flere pasienter – med ressursene vi har i dag.

Det handler om å arbeide smartere og bedre.

Det handler om god planlegging og tydelig ledelse.

Og det handler om godt samarbeid med kommunene.

I årets oppdrag er jeg tydelig på at sykehusene må bli flinkere til å lære av hverandre. Helseregionene skal legge sterkere vekt på indikatorer som måler variasjon.

Så må det enkelte sykehus og hver enkelt avdeling bruke kunnskapen om variasjon i sitt forbedringsarbeid.

Noen synes kanskje jeg blander meg for langt inn i virksomheten til sykehusene.

Ja, jeg blander meg inn. For absolutt ingen sykehus har krav på å få holde på med sitt eller gjøre ting på sin måte – dersom det kan gjøres på en annen måte som gir et bedre tilbud til pasientene.

Jeg ber om at sykehusene ser variasjon i effektivitet i sammenheng med variasjon i forbruk.

Det er dobbelt ille dersom et sykehus både er lite effektivt, og samtidig utsetter pasienter for unødvendig helsehjelp.

La meg gi et eksempel:

Jeg nevnte at det er store forskjeller i liggetid på sykehus for å få satt inn hoftededdsprotese.

Men det er også store forskjeller mellom sykehusene i forbruk av slike operasjoner.

Ikke nok med at pasienten må ligge lenge på sykehus etter operasjonen. Kanskje skulle han hatt en annen behandling for sine slitte hofter? For eksempel trening og fysioterapi.

Da blir det dobbelt feil at vi både bruker for mye ressurser på behandling som ikke gagnar pasienten, samtidig som det er lite effektivt.

Vi får stadig bedre kunnskap om variasjonenes «hvem, hva, hvor». Men vi trenger mer kunnskap om hvorfor det er variasjon i forbruk og behandlingspraksis, og hvordan vi kan få bedre resultater.

Jeg forventer at ledere på alle nivåer i sykehusene tar ansvar for å frembringe slik kunnskap gjennom forskning og analyser.

**Det andre målet i folderen** er å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Regjeringen har hatt oppmerksomheten på rus og psykisk helse fra dag én.

Det gir resultater!

Derfor er psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling et hovedmål også i 2017.

Den gylne regel ligger fast: Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå.

Regionene er i rute for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er bra! Men for psykisk helse er jeg ikke fornøyd.

Jeg kommer til å gjenta og forsterke budskapet – helt til regelen er innfridd.

Målet mitt er riktig og bevisst bruk av tvang i helsetjenesten. Derfor vil jeg ha enda større oppmerksomhet på dette området, og **VG har gitt oss viktig drahjelp.**

Jeg står ved at ledelsen på alle nivåer i psykisk helsevern har manglet innsikt og vilje til å gripe fatt i årsakene til den høye tvangsbruken.

Mitt klare budskap til helseregionene i dag er at det er ledernes ansvar å jobbe systematisk med å redusere bruk av tvang.

#### **Flere tiltak er allerede i gang:**

- I fjor sommer la jeg fram en lovproposisjon som gir pasientene større rett til medvirkning. Den skal behandles i Stortinget 19. januar.
- et lovutvalg skal se på tvangsregelverket og vurdere om vi bør ha et felles regelverk for tvang for alle pasientgrupper og diagnoser. De skal levere i 2018.
- Fra 2017 får vi et bedre system for rapportering av tvangsbruk, og vi skal følge utviklingen på [helsenorge.no](http://helsenorge.no)
- I år pålegger jeg alle enheter som bruker tvang, å ha dialogmøter med pasienter som har vært utsatt for tvang.
- Og vi skal endre reglene for kontrollkomisjonene. 5 millioner kroner på årets budsjett skal brukes til å bedre kompetansen og følge opp kommisjonene.

Legemiddelfrie behandlingstilbud er nå på plass i alle regionene, og jeg vil rose Fellesaksjonen som har stått utrettelig på i dette arbeidet.

Vi skal innføre pakkeforløp for psykisk helse og rus – arbeidet er i gang.

Og opptrappingsplanen for rus handler om mer enn spesialisthelsetjenesten. Flere rusavhengige skal følges opp i kommunene.

Derfor går størstedelen av pengene i opptrappingsplanen til nettopp helse, arbeid, bolig og aktivitet i kommunene.

To år inn i planen er vi i rute for å nå målet om å bruke 2,4 milliarder mer i 2021. Det krever også bedre samhandling mellom behandlingsinstitusjonene og kommunene.

Rusavhengige som er blitt rusfrie, må ikke skrives ut til hospits, til den gamle gjengen eller til ensomhet.

For ti dager siden iverksatte vi derfor forskriften om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen rusbehandling og psykisk helsevern.

Betalingen starter tidligst i 2018, men systemet for samarbeid starter nå.

Vi setter kommunene i stand til å behandle og følge opp pasientene, blant annet gjennom flere psykologer til kommunene. Vi har gått fra 130 psykologer i 2013 til nær 400 i 2016.

Antall årsverk innen psykisk helse og rus for barn og unge i kommunene har økt markant (7,3 %). Det er første gang det har vært en økning siden Opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008.

Også for voksne ser vi en økning i antall årsverk fra 2015 til 2016. Det er positivt.

Til våren legger vi fram en strategi for psykisk helse. Den skal gjelde for hele helsetjenesten. Her skal vi peke ut strategisk retning for psykisk helsefeltet de neste ti årene.

Ida-saken har vist oss at barn som får hjelp av barnevernet, ikke har fått tilstrekkelig hjelp fra barne- og ungdomspsykiatrien.

Dette har vært et fast tema i barneminister Solveig Hornes og mine felles bilturer til jobben.

I flere år har det vært en diskusjon om behovet for felles institusjoner mellom barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien.

Dette løser vi i årets oppdrag.

I hver region vil det bli egne barnevernsinstitusjoner som skal være hjemmet til barn med særlig store psykiske hjelpebehov. De to første skal være på plass i 2018.

På samme måte som andre barn får hjemmesykehus, vil barna i barneverninstitusjonen få spesialiserte tilbud fra barne- og ungdomspsykiatrien.

Det vil si at de får hjelp hjemme – der de bor.

**Det tredje målet** er bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Rett før jul la vi fram den tredje årlige stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet.

Jeg mener at meldingen er obligatorisk lesning for styrer og ledere i spesialisthelsetjenesten.

Meldingen viser at mye er bra, men at mye kan bli bedre.

Oppmerksomhet gjør at forbedringspunktene blir synlige.

Det er fortsatt utfordringer når det gjelder kommunikasjon – det å lytte til pasienter og pårørende.

I en kronikk i helgen påpeker Knut Olav Åmås at pårørende ofte føler seg til bry. Han skriver: «Det er én sterk grunn til at det ikke bør være slik. (...) Det er hva de pårørende kan tilføre i selve sykehussituasjonen, ved å supplere fagfolkene med råd og observasjoner ut fra all kunnskapen de har om pasienten – kvalitativ informasjon som ofte blir borte når et stort antall mennesker er innom over tid.»

En annet forbedringspunkt, som jeg har nevnt, er knyttet til mangelfull ledelse.

Derfor stiller jeg strengere krav til lederne ved sykehusene gjennom den nye forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring.

Her går det tydelig fram at det er topplederens ansvar å sørge for at alle aktiviteter styres i tråd med den nye forskriften.

Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet krever også konstant oppmerksomhet fra ledelsen.

Kunnskapen har vi. Det gjelder å ta den i bruk ved å analysere, spre og dele data – og ved å avdekke områder der vi trenger mer forskning og dokumentasjon.

Dette skal vi lykkes med! Lederne må stimulere til åpenhet, skape kultur for læring og utvikle forbedringskompetanse på alle nivåer i organisasjonen.

Det gledelige er at oppmerksomhet virker, og at det nytter å drive systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid:

- For eksempel har det vært en jevn nedgang i andel korridorpasienter de siste årene.
- For å holde på den positive utviklingen, har vi en nullvisjon for korridorpasienter i 2017.
- Det arbeides svært bra med å få ned sykehusinfeksjoner: Målet var 4,7 %, men vi er allerede nede i 4,5 %. Det er bra, men fortsatt for høyt.
- Derfor er målet at andelen sykehusinfeksjoner skal ytterligere ned.
- I høst hadde jeg gleden av å dele ut pasientsikkerhetsprisen til Janicke Stordalen ved Sykehuset Telemark. Dette sykehuset lå dårlig an i rangeringen ved 30 dagers overlevelse ved hjerneslag. Da tok Janicke fatt i problemet. Hun fikk ledelse og ansatte med seg og snudde trenden.
- Nå får pasientene raskere behandling, og tallene for 30 dagers overlevelse er blitt mye bedre. Og bedringen fortsetter.

Dette er bare tre gledelige eksempler blant mange. Jeg vil oppfordre dere til å fortsette det viktige arbeidet som er så godt i gang i alle helseregionene.

Det pågår en debatt om ytringsfrihet og pasientsikkerhetskultur og om opplevelsen av manglende åpenhet i sykehusene.

Jeg ønsker debatten velkommen enten det gjelder pasientbehandling eller arbeidsmiljø.

Vi skal ha ledere som støtter de ansattes og tillitsvalgtes engasjement, ledere som oppfordrer til å melde fra om uønskede hendelser og forhold som kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet.

Jeg forventer at helseregionene samarbeider om å få fram kunnskap, om å utvikle strategier og tiltak, og at lager felles indikatorer for å måle forbedringer i forholdet mellom ledelse og ansatte.

Jeg er trygg på at dere følger opp de målene jeg har satt i dag på en god måte.

Da vi hadde toppmøtet om variasjon, konstaterte helse- og sosialdirektør i Kristiansand Wenche Dehlie at (sitat): «Kvalitet er det aller viktigste for fagfolkene. Det er lettere å argumentere med kvalitet enn med penger. Å måle kvalitet er gøy!»

Jeg har besøkt alle helseforetak og stort antall kommuner og kan bekrefte at hun har mange med seg i dette!

Behovet for nok helsepersonell med riktig kompetanse er understreket i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Det er en utfordring å utdanne, rekruttere, utvikle og beholde tilstrekkelig personell i ulike deler av tjenesten og i hele landet. Dette krever langsiktig og bred innsats fra alle aktører.

Rett før helgen godkjente jeg en ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin. Jeg er glad for at spesialiteten bygger på læringsmål som det nå er enighet om i fagmiljøene.

Den medisinske utviklingen går utrolig raskt. Vi ser at grensene mellom enkelte spesialiteter viskes ut, og det stilles store krav til kompetanse.

Fra i år starter vi derfor omleggingen av hele spesialistutdanningen for leger.

Den nye ordningen legger til rette for en moderne spesialistutdanning som er innrettet på dagens og framtidens pasienter.

Og jeg vil benytte anledningen til å takke Legeforeningen for konstruktivt samarbeid.

Prioriteringsutfordringene har antakelig aldri vært større enn nå.

Vi blir flere, vi blir eldre, og behandlingsmulighetene øker. Det er bra, men det gjør også at gapet mellom muligheter og ressurser øker.

Et samlet Storting sluttet seg i høst til prinsippene for prioritering i helsetjenesten. Det var en stor seier for pasienter, fagfolk og for en rettferdig helsetjeneste.

Nå er prinsippene for prioritering, systemer og rammer forankret i Stortinget, og det er tydelig hvem som har ansvar for hva.

Nå skal vi følge opp prioriteringsmeldingen.

Dette er også et lederansvar.

Topplederne skal sørge for at ledere og medarbeidere i hele organisasjonen forstår prinsippene, og sørger for at de blir fulgt.

- Prinsippene skal inn i utviklingsplanene som helseregionene jobber med.

- Prinsippene skal være grunnlaget for regelverk, retningslinjer og beslutningsverktøy
- Og de skal brukes i møtet med enkeltpasienter, på gruppenivå, ved beslutninger på administrativt nivå og på politisk nivå.

Fram til nå har det vært størst oppmerksomhet på prioritering i spesialisthelsetjenesten. Derfor har regjeringen foreslått et utvalg som skal se på prioriteringsspørsmål i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Som jeg sa innledningsvis, så gir ny teknologi nye muligheter til å skape en bedre og mer moderne helse- og omsorgstjeneste.

Det gjelder både i sykehusene og i kommunene.

Vi lever våre liv i en kommune. Også som pasienter lever vi det aller meste av tiden i en kommune.

Skal vi ha en helsetjeneste som ivaretar hele pasienten, er det helt nødvendig at spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten samhandler tett, og framstår som en koordinert og helhetlig tjeneste.

Dette skjer ikke av seg selv, men forutsetter aktiv oppmerksomhet og oppfølging fra ledere på alle nivåer.

Og det krever samhandling og teknologiske løsninger som knytter virksomheter i kommunene og sykehusene sammen.

Ny teknologi bidrar til bedre pasientsikkerhet. Spesielt viktig er det at nødvendig informasjon om pasienten er tilgjengelig for behandlerne hele veien – fra pasientens første møte med fastlegen – til mottaket, poliklinikken eller sengeposten – og ved oppfølgingen etterpå.

Digitale verktøy og tjenester gir nye muligheter for å involvere pasientene. Et godt eksempel er at pasienter med prostatakreft i Nord-Norge nå har fått et digitalt verktøy der de – sammen med legen sin – kan velge den behandlingen som er best for dem.

Alle regionene skal bidra til utviklingen og bruken av slike samvalgsverktøy.

Jeg er spesielt glad for arbeidet som er startet i Helse Midt-Norge. Her samarbeider kommuner og spesialisthelsetjeneste om Helseplattformen – som er en helhetlig løsning for pasientjournaler og pasientadministrasjon.



Dette er nasjonalt nybrottsarbeid. Her har vi god anledning til å teste ut målbildet for Én innbygger – én journal.

Jeg forventer at de regionale helseforetakene sammen bidrar til å nå dette målbildet.

Gjennom Kvinnsland-utredningen, som jeg fikk på bordet mitt før jul, er vi godt i gang med å se på alternative løsninger for hvordan sykehusene kan organiseres og styres.

Vi har hatt et bredt sammensatt utvalg til å utrede dette. Det er helt nødvendig – for det handler om styring av en av samfunnets virkelig store supertankere.

Regjeringen har sett det som viktig å gå via et utvalg og utrede alternative modeller.

Jeg har tidligere sagt – og jeg holder fast ved – at dersom vi skal gjøre endringer, så må det være til en styringsmodell som er bedre enn den vi har i dag, og den bør ha bred politisk tilslutning.

Nå er utredningen på høring fram til 3. mars.

Regjeringens anbefalinger kommer i revidert nasjonalbudsjett i mai.

Kvinnsland-utvalget har jobbet bra, men regjeringen har heller ikke sittet i ro.

Vi har gjort viktige endringer i dagens styringssystem allerede.

- Gjennom nasjonal helse- og sykehusplan har vi sikret sterkere demokratisk forankring av styringen av spesialisthelsetjenesten.
- Innen utgangen av 2018 skal alle regionene lage utviklingsplaner med en tidshorisont fram mot 2035. Disse skal være grunnlaget for arbeidet i den neste sykehusplanen.
- Vi har etablert felles nasjonale foretak for IKT, bygg og innkjøp. På den måten har vi lagt til rette for mer nasjonal styring og samordning.
- Vi har profesjonalisert styrene. Det er ikke lenger partitilhørighet som betyr noe for hvem som sitter der.
- Og flere viktige saker er besluttet av meg i foretaksmøtet, for eksempel nedleggelse av sykehus og framtidig sykehusstruktur i hovedstadsområdet.

Etableringen av et nasjonalt foretak for helsebygg er allerede i ferd med å gi resultater.

Ved planlegging av nytt sykehus i Drammen ser vi at gjenbruk av kompetanse og erfaringer fra Østfoldsykehuset, reduserer prosjektkostnadene i 100 millioners klassen.

Dette er viktig, for vi er i gang med store investeringer i framtidens sykehus-Norge.

I år starter arbeidet med:

- nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus
- oppgradering og modernisering av sykehuset i Førde
- oppgradering av sentralblokk ved Haukeland
- og, ikke minst, nytt sykehus i Stavanger

Snart åpner første del av det nye barne- og ungdomssjukehuset i Bergen.

Og jeg gleder meg til åpningen av helt nytt sykehus i Kirkenes i løpet av dette året.

Vi er inne i vårt fjerde regjeringsår. I disse årene har vi levert en helhetlig nytenkning for store deler av helsetjenesten:

- Vi har innført fritt behandlingsvalg på flere områder
- pakkeforløp for kreft er en suksess
- alvorlig syke pasienter har fått rett til kontaktlege
- vi satser på forskning og innovasjon gjennom HelseOmsorg21-strategien
- nasjonal helse- og sykehusplan er vedtatt i Stortinget
- meldingen om primærhelsetjenesten følges opp
- opptrappingsplan for rusfeltet er i rute
- en ny folkehelsemelding sidestiller psykisk og fysisk helse
- legemiddelmeldingen skal sikre riktig bruk og rask tilgang til legemidler
- i prioriteringsmeldingen er det tydelig hvem som har ansvar for hva
- opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering følges opp
- og tre meldinger om kvalitet og pasientsikkerhet har tatt pulsen på helse-Norge fra år til år

I dag har jeg gitt dere tre styringsmål å arbeide mot i 2017:

- det første målet er å redusere unødvendig ventetid og variasjon
- det andre er å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- og det tredje målet er bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Dette er også målene for pasientens helsetjeneste.

Dere har hørt det før, og jeg sier det igjen: Vi skal skape pasientens helsetjeneste.

Alle snakker om pasienten i sentrum, og det er jo det vi er opptatt av hver eneste dag.

Men å ha pasienten i sentrum er ikke det samme som pasientens helsetjeneste.

I pasientens helsetjeneste skal pasientens erfaringer og syn anerkjennes som likeverdige med fag og profesjon.

Ikke som det samme, men som like mye verdt. At en møtes i samme øyehøyde – og lytter til hva som er viktig for pasienten og brukeren.

Lytte, slik Helga Arionsen lyttet til Ida. Vi skal se hele mennesket – hele bildet, ikke bare det enkelte tvangsvedtaket.

Vi må lytte til pasienten som spør hvorfor man gjør det samme om igjen og om igjen når 70 beltelegginger ikke har virket.

Vi må spørre: Hva er viktig for deg?

Det er det arbeidet med pasientens helsetjeneste innebærer.

Einsteins kjente definisjon av galskap er å gjøre det samme om og om igjen, og forvente et annet resultat. Det går ikke.

Min definisjon på klokskap er å gjøre ting på nye måter i samarbeid med pasienten og medarbeiderne – og hele tiden få bedre resultat.

Det er da vi får til endring.

Det er da vi slipper nye Ida-saker.

Det er da vi lykkes med å skape pasientens helsetjeneste.